

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証再交付申請書

年 月 日

三重県知事 宛て

(申請者) 干 一
住 所
電 話
氏 名

次のとおり医療受給者証の再交付を受けたいので申請します。

受 診 者	受給者番号												
	ふり氏 がな名					生 年 月 日	年 月 日 (歳)						
	住 所												
	個 人 番 号 □提供済みの個人番号と同じ												
保 護 者	ふり氏 がな名					受診者の続柄							
	住 所												
	個 人 番 号 □提供済みの個人番号と同じ												
疾 病 名													
受診医療機関													
再 交 付 の 理 由 (いずれかの番号に○を付けてください。)		1. 破損 2. 汚損 3. 紛失											

保健所等使用欄 申請者確認方法

来庁者	番号確認 (申請者)	身元確認 (来庁者)	
☐ 本人	☐ 個人番号カード	☐ 個人番号カード	☐ その他 ()
☐ 代理人	☐ 通知カード	☐ 運転免許証	
	☐ 住民票	☐ パスポート	確認者
		☐ 身体障害者手帳	
		☐ 健康保険証+住民票	